

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CAICEDO	SOLORZANO	BEATRIZ EMILIANA	25	09	1976	47 años, 10 meses, 21 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308276953	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	VIA LIMON y	095-978-3618 / (09)-804-4144
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1308276953	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2024	08	15
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutiva	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 47 AÑOS SIN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA QUE ACUDE POR CONTROL, REFIERE CEFALEAS INTENSAS CON AURA, PRESENCIA DE NAUSEAS, MAREOS Y DESTELLOS DE LUZ QUE CEDE TEMPORALMENTE CON AINES. AL MOMENTO ESTABLE. SE INDICAN EXAMENES DE LABORATORIO Y SE REALIZA REFERENCIA CON NEUROLOGIA PARA VALORACIÓN.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

REFERENCIA CON NEUROLOGIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
OTROS SINDROMES DE CEFALEA ESPECIFICADOS		G448		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-08-15	10:05	Medicina General	JESUS GREGORIO LOOR VERA	1317375283	 FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR: JESUS GREGORIO LOOR VERA

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrarefiere o Referencia inversa a:				Fecha		
			/			
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clinico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-08-15	10:05	Medicina General	JESUS GREGORIO LOOR VERA	1317375283	